

第10回「大阪きた緩和ケア研修会」参加申込書

フリガナ		
氏名		
性別	☐ 男	☐ 女
年齢		歳
所属施設名		
職種		
専門診療科（医師のみ）		
役職（医師のみ）		
臨床経験年数		年
がん診療経験年数		年
がん緩和ケア経験年数		年
がん患者に対する麻薬使用経験	☐ 有	☐ 無
オピオイド使用経験	☐ 有	☐ 無
在宅診療または在宅訪問経験	☐ 有	☐ 無
研修修了後、厚生労働省ホームページへの 氏名・所属施設名の公開	☐ 可	☐ 否
医籍登録番号（医師のみ）		

ご自身の個人連絡先電話番号		
所属施設の住所	〒	
所属施設の電話番号		
今後希望の連絡方法 （※受講確定連絡や開催詳細連絡をします）	☐ FAX	☐ メール
どちらか のご記入 をお願いします	FAX番号 （FAXでのご案内をご希望の場合）	
	メールアドレス （メールでのご案内をご希望の場合）	@

【お問い合わせ先】

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 地域医療サービスセンター
 幡野(ハタノ)・高橋(タカハシ) ≪電話:06-6131-2955/FAX:06-6312-8620≫